|  |
| --- |
| **MINISTERSTWO SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI**DEPARTAMENT ZDROWIA |
| **MSWiA-33****Sprawozdanie z działalności zakładu długoterminowej, stacjonarnej opieki zdrowotnej MSWiA** |
| **za rok 2024** |
| Termin przekazania: 10 lutego 2025 r. |
| Nazwa i adres samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej MSWiA | Nazwa i adres zakładu leczniczego | Nazwa jednostki organizacyjnej |
| Numer księgi rejestrowej SP ZOZ MSWiA | REGON zakładu leczniczego | Kod resortowy identyfikujący jednostkę organizacyjną (część V) |
| TERYT SP ZOZ MSWiA | TERYT zakładu leczniczego | TERYT jednostki organizacyjnej |

Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 773, z późn.zm.).

W przypadku, gdy sprawozdanie wypełniane jest zbiorczo dla całego samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, w części V kodu resortowego wpisać symbol 99.

**Sprawozdanie wypełniają placówki zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z kodami: 5160-5361** **oraz hospicja stacjonarne oznaczone kodem 2184 i oddziały opieki paliatywnej 4180 zlokalizowane w zakładach opieki długoterminowej. Danych wykazanych w sprawozdaniu MSWiA-33 nie należy wykazywać w sprawozdaniach MSWiA-32, MSWiA-43. Działalność oddziałów oznaczonych kodem 2184 i 4180 funkcjonujących w strukturze szpitala należy wykazać tylko w sprawozdaniu MSWiA-43.**

**Część 1. Dane dla całego zakładu**

|  |
| --- |
| **Czy zakład posiada certyfikat:** |
| akredytacji? | tak |
| nie |
| jakości? | tak |
| nie |

**Dział 1. Kadra (w osobach), stan w dniu 31.12.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Udzielający świadczeń ogółem**  | **w tym:** |
| **zatrudnieni na podstawie stosunku pracy1)**  | **zatrudnieni w ramach umowy cywilnoprawnej**  |
| **razem** | **z kolumny 2 zatrudnieni w pełnym wymiarze czasu pracy** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Ogółem, w tym: | 01 |  |  |  |  |
| lekarze | 02 |  |  |  |  |
| w tym psychiatrzy | 03 |  |  |  |  |
| Pielęgniarki ogółem | 04 |  |  |  |  |
| ze specjalizacją psychiatryczną | 05 |  |  |  |  |
| psycholodzy | 06 |  |  |  |  |
| pedagodzy | 07 |  |  |  |  |
| rehabilitanci | 08 |  |  |  |  |
| fizjoterapeuci | 09 |  |  |  |  |
| terapeuci zajęciowi | 10 |  |  |  |  |
| logopedzi | 11 |  |  |  |  |
| opiekunowie | 12 |  |  |  |  |
| specjaliści terapii uzależnień | 13 |  |  |  |  |
| instruktorzy terapii uzależnień | 14 |  |  |  |  |
| pracownicy socjalni | 15 |  |  |  |  |
| salowe | 16 |  |  |  |  |

1) Zatrudnieni – na podstawie: umowy o pracę, powołania, wyboru, mianowania, spółdzielczej umowy o pracę (zgodnie z ustawą z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz.U. 2023 poz. 1465)).

Liczba osób pracujących na zasadach wolontariatu:………..

**Dział 1a. Informacje dodatkowe o pracujących**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Razem** | **W tym zatrudnieni w ramach umowy o pracę** |
| 0 | 1 | 2 |
| Liczba pracowników którzy zostali zakażeni COVID-19 w ciągu roku | 01 |  |  |

**Dział 2. Struktura wieku przebywających w dniu 31.12. (dla wszystkich oddziałów łącznie)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Stan pacjentów w dniu 31.12.** |
| **opieki stacjonarnej** | **opieki domowej** | **opieki dziennej** |
| **ogółem** | **w tym kobiety** | **ogółem** | **w tym kobiety** | **ogółem** | **w tym kobiety** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Liczba pacjentów w dniu 31.12., z tego: | 01 |  |  |  |  |  |  |
| w wieku | do 18 | 02 |  |  |  |  |  |  |
| 19-40 | 03 |  |  |  |  |  |  |
| 41-60 | 04 |  |  |  |  |  |  |
| 61-64 | 05 |  |  |  |  |  |  |
| 65-74 | 06 |  |  |  |  |  |  |
| 75-79 | 07 |  |  |  |  |  |  |
| 80 i więcej | 08 |  |  |  |  |  |  |
| z wiersza 1 pacjenci, którzy nie opuszczają łóżek | 09 |  |  |  |  | X | X |

**Część 2. Działalność według rodzaju opieki**

**Dział 3. Opieka stacjonarna**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i kod podmiotu/oddziału** | **Miejsca (stan w dniu 31.12.)** | **Średnia liczba miejsc w ciągu roku** | **Liczba pacjentów w dniu 31.12. poprzedniego roku** | **Przybyło** | **Ubyło** | **Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego** | **Osobodni pobytu** |
| **wypisani**  | **zmarli** |
| **ogółem** | **w tym kobiety** | **ogółem** | **w tym kobiety** | **ogółem** | **w tym kobiety** | **ogółem** | **w tym kobiety** | **ogółem** | **w tym kobiety** | **w tym zarażeni COVID-19** | **ogółem** | **w tym kobiety** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy | 5160 | 01 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci | 5161 | 02 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny | 5162 | 03 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży | 5163 | 04 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział opiekuńczo-leczniczy | 5170 | 05 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży | 5171 | 06 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny | 5172 | 07 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży | 5173 | 08 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hospicjum stacjonarne | 2184 | 09 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hospicjum stacjonarne dla dzieci | 2185 | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Oddział medycyny paliatywnej | 4180-4181 | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Dział 4. Opieka domowa**

 W dziale tym wykazujemy wszystkich pacjentów objętych opieką domową przez wszystkie oddziały zakładu (dotyczy również zespołów opieki domowej przy zakładzie/oddziale pielęgnacyjno-opiekuńczym lub opiekuńczo-leczniczym psychiatrycznym).

Nie należy powtórnie wykazywać tych danych w sprawozdaniu MSWiA-32. Dział 10 w sprawozdaniu MSWiA-32 wypełniają jedynie podmioty nie prowadzące jednocześnie opieki stacjonarnej.

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego** |
| **ogółem** | **w tym kobiety** |
| 0 | 1 | 2 |
| Objęci opieką domową razem | 01 |  |  |
| w tym dzieci i młodzież | 02 |  |  |
| w tym zarażeni COVID-19 | 03 |  |  |

**Dział 5. Opieka dzienna**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i kod podmiotu/oddziału** | **Miejsca (stan w dniu 31.12.)** | **Liczba pacjentów objętych opieką w ciągu roku sprawozdawczego** | **Osobodni pobytu** |
| **ogółem** | **w tym kobiety** | **w tym zarażeni COVID-19** | **ogółem** | **w tym kobiety** |
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy | 5160 | 01 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci | 5161 | 02 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny | 5162 | 03 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci i młodzieży | 5163 | 04 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział opiekuńczo-leczniczy | 5170 | 05 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży | 5171 | 06 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny | 5172 | 07 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dzieci | 5173 | 08 |  |  |  |  |  |  |
| Hospicjum stacjonarne | 2184 | 09 |  |  |  |  |  |  |
| Hospicjum stacjonarne dla dzieci | 2185 | 10 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział dzienny pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny | 5260 | 11 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział dzienny pielęgnacyjno-opiekuńczy psychiatryczny dla dzieci | 5261 | 12 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny | 5272 | 13 |  |  |  |  |  |  |
| Podmiot/Oddział dzienny opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny dla dzieci | 5273 | 14 |  |  |  |  |  |  |
| Oddział opieki paliatywnej | 4180-4181 | 15 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na przygotowanie danych dla potrzeb formularza | 1 |  |
| Proszę podać szacunkowy czas (w minutach) przeznaczony na wypełnienie formularza | 2 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   |   |   |
| (imię, nazwisko i telefon osoby,która sporządziła sprawozdanie) | (miejscowość i data) | (imię i nazwisko osobydziałającej w imieniu sprawozdawcy) |